FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE N° 5

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M^lle BOTESAT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Tubercule solitaire de la Choroïde

Président : M. DE LAPERSONNE, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^ie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VI^e)

1912

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mlle BOTESAT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Tubercule solitaire de la Choroïde

Président : M. DE LAPERSONNE, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)
—
1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVILLRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE VÉNÉRÉE

A M. GEORGES DE RYSCHKANES-DÉROJINSKY

Hommage de respect et de profonde gratitude.

A MA SŒUR ET MON FRÈRE

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE

DE LA

Tubercule solitaire de la Choroïde

INTRODUCTION

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Tubercule solitaire de la Choroïde

INTRODUCTION

La tuberculose de la choroïde affecte deux formes principales : la tuberculose disséminée ou miliaire et la forme circonscrite de tubercule solitaire ou conglobée. La première accompagne presque toujours la tuberculose miliaire généralisée ; c'est en examinant fréquemment les yeux d'individus souffrant de tuberculose miliaire généralisée, mais indemnes d'affection oculaire, qu'on reconnut la coïncidence des tubercules de la choroïde ; avec la tuberculose généralisée.

Mais nous abandonnons cette question, qui n'entre pas dans le cadre de notre sujet, uniquement consacré au tubercule solitaire.

Le tubercule solitaire de la choroïde se présente sous l'aspect de tumeurs (pseudo-tumeurs tuberculeuses) ; qui occasionnent souvent les mêmes symptômes que les vraies tumeurs intra-oculaires ; d'où la difficulté du diagnostic et les erreurs souvent com-

mises, qui n'ont été rectifiées que par l'examen anatomique.

Nous nous efforcerons de mettre en relief tous les éléments caractéristiques et les symptômes particulièrement importants de cette lésion intra-oculaire ; qui sont indispensables au diagnostic de l'affection et, d'exposer certaines circonstances, qui isolément, auraient chacune peu de valeur, mais dont la réunion créera de sérieuses présomptions en faveur de la nature tuberculeuse de la lésion.

Depuis 1903, nous avons pu relever, dans la littérature, les observations des auteurs suivants : de Spalding, de Schmieden, de Schweinitz, de Posey, de Pooley, de Dupuy-Dutemps, de Rumschmitz, de Téléo, de Valude, d'Aurand, de Snell, 2 cas de Natanson et enfin ceux de Lourye et de Mlle Y. Eleonskaya. Ce qui fait 15 cas en neuf ans. Zur Nedden en compte 34 cas ; qui ont été publiés jusqu'à l'année 1903. Quand on compare le nombre des cas signalés au nombre si grand des tuberculeux, on est obligé de convenir que la tuberculose de la choroïde est en somme une affection rare.

Nous ne pouvons passer, sous silence, certaines questions, qui ont été discutées dans les récents travaux et qui mettent en lumière certains points particulièrement intéressants de la lésion.

Ces questions sont celles de l'origine du pigment, de la rareté des bacilles trouvés, et des résultats de la tuberculinothérapie.

1° *Origine du pigment pathologique.* — Il n'est plus permis d'ignorer les travaux des histologistes qui ont recherché dans d'innombrables coupes l'origine mystérieuse du pigment. La conception qui y voyait un produit de déchet inorganique a fait son temps ; il est manifestement inexact que plus une lésion vieillit, plus elle accumule autour d'elle des détritus qui prennent nécessairement une couleur noire.

C'est là une idée qui ne s'appuie pas sur les faits. Il est séduisant d'appliquer ces données aux pigments oculaires pathologiques.

2° *Bacilles.* — Dans les observations anciennes, la présence du bacille dans le tubercule se note assez facilement ; au contraire, dans les cas récents, de patientes recherches n'ont souvent donné que des résultats négatifs. Comment résoudre ce paradoxe ? Dans la période contemporaine, où la bactériologie a acquis tant de perfection dans les modes d'investigations, la présence de bacilles devient de plus en plus rare, si on s'en rapporte aux travaux allemands. Le moment est venu d'envisager la possibilité ; de prendre, pour l'agent de la tuberculose une autre forme que celle du bacille. Nous faisons allusion aux publications ayant trait aux granula de Musch (qui sont bien résumées dans un récent article de Kœrbel) (1) et à l'enseignement oral du professeur Roger.

---

1. *Deust. med. Wochensch.*, août 1912.

3° *Tuberculinothérapie.* — La question de la valeur de la tuberculinothérapie est plus avancée ; et nous avons fait nombre de relevés intéressants dans les revues ophtalmologiques étrangères. Les résultats qu'elle a donné entre les mains de nombreux ophtalmologistes (Ormond, 1909, Butler, 1910, et autres) seraient très heureux et les guérisons en seraient fréquentes.

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous tenons à exprimer notre profonde reconnaissance à M. Terrien, professeur agrégé, qui, dans le cours de l'exécution de notre travail, a bien voulu nous guider de ses excellents conseils, et nous le prions d'agréer nos sincères remerciements pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

M. le professeur de Lapersonne a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici nos vifs remerciements.

PATHOGÉNIE

Au sujet du siège originel du tubercule de la choroïde nous ne possédons que des notions encore fort obscures, malgré les travaux anciens de Jœger, de Manz, de Busch, de Cohnheim, de Dinkler et d'un certain nombre d'ouvrages récents. On les a vus se développer sur la partie adventice des vaisseaux sanguins. Leur fréquence dans la couche choriocapillaire, si remarquable par sa richesse vasculaire, témoigne leur préférence pour les tissus les plus vasculaires.

Botteri (1) a examiné microscopiquement un rameau de la ciliaire postérieure, siégeant au pourtour d'un tubercule de la choroïde : « La tunique interne est gonflée et relâchée ; la médiane et l'adventice sont en nécrose massive avec des débris de noyaux ; sur quelques coupes seulement on peut voir de rares fibres musculaires circulaires avec quelques faisceaux conjonctifs et élastiques ; le vaisseau est entouré d'une zone de cellules épithélioïdes.

L'examen d'une autre artériole sur le même œil

1. *Klin. Monatsbl.*, 1909, p. 491.

est encore plus démonstratif: « Elle est infiltrée depuis l'adventice jusqu'à la médiane, mais la tunique interne est intacte » et c'est un point important que l'auteur a pu mettre en évidence d'une façon indiscutable. Burch croit aussi que les tubercules naissent dans la membrane adventice.

D'autres auteurs moins nombreux (Margulies) croient que les éléments tuberculeux affectent des rapports étroits avec le système lymphatique de l'œil; ils en ont la preuve dans ces engorgements des ganglions préauriculaires, parotidiens, sous-maxillaires et cervicaux, qui précèdent ou accompagnent les tubercules de la choroïde.

ASPECT DU MALADE

Les sujets que l'on voit en proie à cette affection ; sont la plupart du temps, des malades jeunes, cachectiques, scrofuleux, présentant des localisations tuberculeuses d'autres organes éloignés : tuberculose pulmonaire, ganglionnaire ou osseuse. Souvent aussi, on trouve l'hérédité tuberculeuse. La tuberculose oculaire, dans ces cas, se montre comme une manifestation secondaire, elle constitue, pour ainsi dire, une localisation spéciale d'une infection préexistante. Des cas ont été observés, où il n'existait ni tuberculose héréditaire, ni aucun symptômes de tuberculose personnelle ; mais cette affection oculaire n'est que très exceptionnellement primitive, et on peut dire qu'elle apparaît toujours chez des individus porteurs d'autres foyers tuberculeux anciens ou en évolution.

Citons, en les résumant quelques observations concernant l'âge et l'état des sujets.

Carpenter et Stéphenson rapportent l'observation d'un enfant âgé de trois ans, qui présentait certains troubles du côté des poumons, avec température le soir et dyspnée.

Ginsberg cite un enfant de deux ans et demi ;

otite bacillaire, mort de méningite après trois mois d'observation.

Le malade de Schweinitz, âgé de quatre ans, présente de l'engorgement ganglionnaire ; méningite mortelle.

Beaucoup sont profondément atteints.

Dans notre observation, il s'agit d'un petit malade de quatre ans. Tuberculose pulmonaire du sommet droit ; adénite cervicale du même côté, collection purulente froide du creux poplité droit. Mère franchement tuberculeuse pendant la gestation ; on note actuellement chez elle des lésions du poumon gauche.

Le malade de Jessop, durant deux ans, avait eu des ganglions et abcès tuberculeux un peu partout, au cou, dans le dos, au sternum, au genou ; une cicatrice suintante du maxillaire inférieur.

Néanmoins certains malades semblent exempts complétement ; la tuberculose paraît réellement localisée à l'œil.

Arthur et Earl présentent une tumeur conglomérée de la choroïde chez une jeune fille de quatorze ans, de bonne santé générale. Aucune trace d'hérédité tuberculeuse. Pas de symptômes de tuberculose personnelle.

Dans l'âge adulte et la vieillesse, ces pseudo-tumeurs tuberculeuses de la choroïde sont rares. Quelques âges particulièrement intéressant à relever. Cas de Lourye, malade de quarante-six ans. Cas de Haab, cinquante-quatre ans. Cas de Harthley, une femme de soixante-quatorze ans.

Les renseignements tirés de l'âge, de l'état général, des antécédents héréditaires et de la présence de lésions tuberculeuses dans d'autres organes doivent être mis au premier rang, parmi les éléments d'un diagnostic différentiel.

SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

Symptômes subjectifs

Cette affection oculaire provoque au début une réaction à peine sensible, ce qui en fait souvent méconnaître l'existence surtout chez les enfants. Les premiers symptômes subjectifs accusés chez les sujets plus âgés, consistent en des éblouissements passagers, des photopsies, alternant avec des obnubilations temporaires, périodiques, jusqu'au moment où survient soudainement une perte relativement importante de la vision centrale. Le malade n'éprouve aucune douleur, il sent seulement la vue s'affaiblir. La vue finit presque toujours par être abolie, tôt ou tard, à peu près complètement. La cécité viendra d'autant plus vite que les foyers atteindront plus tôt les régions maculaires.

Symptômes objectifs.

1° *Aspect extérieur de l'œil.* — Dans la période de début, la pseudo-tumeur de la choroïde ne se révèle, extérieurement, par aucun signe apparent. Ce n'est qu'ultérieurement au cours de l'évolution, que

l'affection gagne les parties antérieures du globe oculaire et qu'apparaissent des symptômes inflammatoires ; conjonctivite, iritis ou irido-cyclite, quelquefois kératite. Ainsi, dans les pseudo-tumeurs tuberculeuses de la choroïde, d'une façon générale, le globe oculaire présente en dehors du foyer morbide des phénomènes inflammatoires dont l'intensité et l'extension sont du reste très différents suivant les cas.

Plus tard, la tumeur peut perforer la sclérotique et apparaître à l'extérieur. Quand la tumeur se propage en arrière de l'œil, il se produit de l'exophtalmie plus ou moins marquée et progressive ; l'œil atteint devient plus gros et saillant.

Les inflammations paraissent se transmettre plus facilement au segment antérieur du globe oculaire et cela sans doute à cause de la direction générale des courants sanguins et lymphatiques de l'œil.

2° *Tension oculaire.* — On note des modifications qui peuvent consister dans une diminution ou une augmentation de la tension intra-oculaire. L'hypotonie peut exister dès le début et se maintenir durant tout le cours de l'affection oculaire. L'élévation de la tension oculaire apparaît lentement dans cette affection et ne dure jamais longtemps. Une hypotonie très forte, avec décollement complète de la rétine, succède assez rapidement à ce glaucome secondaire et cette inversion rapide des tensions osmatiques intra-oculaire anormales, aide beaucoup

le diagnostic. Il est généralement admis, que l'un des caractères distinctifs de la tuberculose de la choroïde et que contrairement aux tumeurs intra-oculaires, elle ne provoque pas d'accidents glaucomateux et s'accompagne souvent d'hypotonie. Mais cette règle est inexacte et l'observation présentée par Dupuy-Dutemps, « Forme glaucomateuse de la tuberculose charoïdienne » et d'autres analogue en sont la preuve.

Ainsi la tension intra-oculaire ne peut pas fournir d'indications certaines au diagnostic.

Les renseignements fournis par le malade, sur les troubles visuels qui le tourmentent ; d'autre part les caractères imprimés au globe oculaire, ne donnent qu'un diagnostic de présomption.

5° *Examen ophtalmoscopique.* — Dans la phase initiale de l'affection, lorsque les milieux de l'œil sont transparents et qu'il n'existe pas de décollement de la rétine, l'examen ophtalmoscopique est d'un précieux secours. On observe, un tubercule, de grosseur variable, apparaissant dans la région de la macula ou au voisinage de la papille, à contours mal délimités, de coloration blanc-jaunâtre ; cette coloration pâle résulte de l'oblitération des vaisseaux capillaires. A coté de ce tubercule, on aperçoit plus profondément de petites taches gri-âtres, représentant autant de foyers tuberculeux. L'examen anatomique a fait connaître que ces taches, qui environnent la lésion et que l'on observe à l'ophtal-

moscope, correspondent à de petits tubercules qui possèdent la structure typique des nodosités tuberculeuses. Il faudra dont soupçonner que la lésion est de nature tuberculeuse quand elle est entourée, dans la choroïde, de ces petites plaques grises.

La localisation au proche voisinage de la papille, la forme arrondie, la coloration, le manque de contours précis, sont autant de caractères particuliers et importants au diagnostic de la lésion.

Dans certaines observations, la lésion se présente à l'œil de l'observateur sous l'aspect d'une saillie soulevant la rétine ou les vaisseaux rétiniens qui passent au-dessus d'elle. Les tubercules ont avec les vaisseaux de la rétine et de la choroïde des rapports importants. Ils sont disposés le long des vaisseaux de la choroïde qui s'oblitèrent et disparaissent à ce niveau, tandis que les vaisseaux rétiniens passent au-devant. Nous avons exposé ci-dessus, un tableau général de l'image ophtalmoscopique qui subit, suivant les cas, différentes variations secondaires. Lorsque l'exploration ophtalmoscopique est impossible du fait d'un décollement rétinien ou de la propagation du processus tuberculeux à la partie antérieure du globe de l'œil, il ne paraît pas exister de signes certains pour différencier cliniquement la tuberculose de la choroïde d'une véritable tumeur intra-oculaire.

Nous exposerons les examens ophtalmoscopiques successifs qui ont été faits par Jessop ; l'auteur a vu

l'évolution et la régression des lésions, fait qui mérite d'attirer l'attention.

Enfant de neuf ans. 29 octobre, premier examen. La papille est recouverte par une tumeur au-dessus de laquelle, on aperçoit la rétine ; la rétine est soulevée en deux endroits par des masses sphériques, séparées, non vasculaire. La masse du côté temporal mesure 3 millimètres de haut, elle est saillante. Celle qui est du côté nasal est plus large et plus superficielle. Pas de trouble du vitré.

Deuxième examen, 5 novembre. La tumeur extérieure est plus sombre et plus saillante. Deux synéchies postérieures sur le bord de la papille. Ablation d'une tumeur ; caséeuse au centre, sans bacille, mais l'inoculation au cobaye est positive. La masse du côté temporal a deux fois la largeur de la papille.

18 novembre. Sur un des foyers grisâtres, apparaissent quatre points jaunâtres. Les tumeurs semblent diminuer.

En résumé : dans les examens successifs, on voit apparaître des zones de suffusion blanc jaunâtre au-dessous de la rétine, passant du blanc au bleu grisâtre et disparaissant graduellement, mais non simultanément dans les deux foyers. Un an après, l'état général s'améliore (séjour au bord de la mer). L'ophtalmoscope montre des traces d'anciens foyers sous forme de points blanchâtres ; les lésions sont surtout cantonnées à la phériphérie.

EXAMEN MACROSCOPIQUE ET MICROSCOPIQUE DE L'ŒIL

§ 1. — Choroide

L'état de cette membrane vasculaire est différent, selon les points envisagés.

Au niveau du siège du tubercule, le tissu morbide semble se substituer complètement aux éléments propres de la choroïde. On note une disparition de tous les feuillets de cette membrane, qui se trouvent remplacés par une masse de nature tuberculeuse. C'est une masse avasculaire ; toute trace de circulation a disparu ; les vaisseaux semblent s'arrêter au pourtour du tubercule. Il n'existe que des fibres élastiques. Sur la coupe, cette masse se montre constituée d'amas irréguliers, de cellules rondes, de granulations tuberculeuses très nettes avec des cellules géantes. Dans un stade plus avancé de l'affection oculaire, cette masse se présente à l'état caséeux, avec cellules en dégénérescence, avec noyaux altérés.

Lorsque le processus évolue librement, les tubercules finissent fatalement par se ramollir et se caséifier. Ainsi, se forment des abcès caséeux. Cette

transformation du tubercule s'explique par ce fait qu'au niveau des tubercules proprement dits, les vaisseaux arrêtés dans leur développement, dégénérés ou oblitérés par un travail d'endartérite ne fonctionnent plus ou disparaissent. Dans aucun examen anatomique, nous ne croyons pas qu'on en ait observé la transformation fibreuse. On n'a jamais signalé dans l'œil de ces tubercules sclérosés et inoffensifs, comme on en trouve si souvent dans le poumon d'individus morts de maladies quelconques.

Snell, à l'examen microscopique, a mis en évidence une masse caséeuse, avec cellules géantes.

Nedden (1903) dans le deuxième cas observé par lui trouve de la nécrose de la choroïde au centre avec à la périphérie et par places la structure tuberculeuse.

Ginsberg note au pourtour de la lésion (foyer supérieur) des cellules pigmentées, aplaties ; une grande abondance de tissu de soutien riche en vaisseaux dilatés à parois minces ; des foyers caséeux en forme de calotte. L'épichoroïde est riche en faisceaux de tissu conjonctif ; pas de fibres élastiques, beaucoup de leucocytes soit en prolifération, soit en régression avec dégénérescence pigmentaire, et à la superficie des amas de produit de déchet des cônes et bâtonnets. Le foyer inférieur (on se rappelle que Ginsberg en compte trois) a moins de faisceaux fibreux, étant plus jeune. Il présente sur une de ses parties un exsudat et une calotte de tissu conjonctif, s'abaissant graduellement du centre à la périphérie.

Le sommet de la calotte n'est pas pigmenté ; mais la périphérie a un épithélium pigmenté en riche prolifération. Sur l'un des foyers courait une veine dont le pourtour est très œdémateux : la lumière de ses branches est remplie de leucocytes, avec parois infiltrées et des lésions de phlébite et de thrombose.

D'après cet examen et d'autres, nous voyons que l'organisation du tissu conjonctif est inégale suivant les points considérés, variable suivant l'âge des lésions.

Recherche des bacilles

Quant au bacille, outre que la recherche en est difficile, le nombre en est aussi très restreint, d'où la possibilité de ne pas les découvrir. D'ailleurs, d'après Koch, là où la tuberculose prend des allures chroniques, on ne trouve que de rares bacilles ; dans les foyers caséeux, ils deviennent rares et dans les foyers anciens, on ne les rencontre presque jamais. Nous remarquerons qu'un grand nombre d'auteurs ont cherché vainement le bacille et beaucoup n'en ont pas trouvé, malgré de minutieuses études.

Ginsberg, sur 59 coupes examinées, n'a mis en évidence que quatre bacilles.

Snell n'a pas trouvé de bacilles.

Devereux, la recherche du bacille est négative.

Schulz-Zehden n'a vu le bacille que très rarement.

Mais Natanson, dans son deuxième cas présenté, note des bacilles.

Stephenson a trouvé des bacilles dans l'humeur aqueuse.

§ 2. — *Sclérotique*

Le processus tuberculeux se propage vers la sclérotique, envahit cette enveloppe fibreuse et résistante, qui cède et amène une perforation de la coque sclérale. En effet, on ne voit jamais la lésion débuter dans la sclérotique, qui ne devient tuberculeuse que consécutivement à une infection de voisinage. Cette membrane, malgré sa résistance remarquable, surtout dans sa partie postérieure et son élasticité, s'infiltre, s'affaiblit, s'use, ne peut pour ainsi dire plus lutter contre l'affection envahissante et donne issue à une tumeur jaunâtre de grosseur variable.

Nedden, *premier cas*. — Ectasie sclérale jusqu'à l'équateur de l'œil.

Nedden, *deuxième cas*. — L'auteur trouve la sclérotique entamée par le processus tuberculeux, avec de petits cratères où menaçait de s'enfoncer le tissu granuleux.

Dans le cas observé par Schweinitz, la perforation de la sclérotique s'était faite en deux endroits. La sclérotique cède à des processus particulièrement virulents; dans les cas ordinaires elle résiste.

Scaffidi a vu une réaction inflammatoire intense.

Dans l'observation présentée par Ginsberg l'examen microscopique montre que la sclérotique avait par endroits perdu ses faisceaux élastiques ; elle était infiltrée de cellules et présentait un point de ramollissement avec des espaces remplis de sérosité.

Une lésion plus rare a été rencontrée par Dupuy-Dutemps. C'est une ectasie sclérale considérable de tout le segment antérieur de la sclérotique ; celle-ci ne présente pas de perforation.

§ 3. — Rétine et nerf optique

La grande résistance de la lame vitrée de la choroïde explique le peu de tendance de la rétine à participer à l'évolution du tubercule. Cette membrane profonde de l'œil reste longtemps intacte : les cellules visuelles sont seulement déprimées au niveau où se tassent elles-mêmes les cellules pigmentées.

Cette membrane est à peine altérée, sauf sur les points recouvrant les lésions ; on y reconnaît des débris de cônes et bâtonnets (Ginsberg).

Mais il n'en est pas toujours ainsi et dans beaucoup d'observations, les auteurs notent que la rétine subit, elle aussi, d'assez profondes modifications dans sa structure, au cours de l'évolution de l'affection.

Elle est envahie par le tissu tuberculeux dans les parties qui adhèrent à la tumeur ; dans le reste de son étendue elle est épaissie, atteignant, çà et là, deux ou trois fois son épaisseur normale ; ses éléments sont en

grande partie détruits et méconnaissables ; elle est partout infiltrée de cellules embryonnaires. Ces lésions sont plus accentuées dans la région postérieure, voisine de la tumeur (Dupuy-Dutemps). La rétine reste adhérente ou se décolle.

Stock (obs. 1909) a constaté un décollement de la rétine.

Taylor et Thompson (1909) ont vu un décollement de la rétine.

Natanson (1910), dans son premier cas, a trouvé la papille recouverte par l'épaississement mal délimité de la choroïde, envahie par une grosse tumeur caséeuse ; la nécrose de la papille se poursuit à travers la lame criblée ; les gaines sont tuberculeuses. Quant à la rétine, elle est soulevée par un exsudat sanguinolent.

Dans son deuxième cas, il y avait destruction égale de la choroïde et de la rétine.

Cargill et Mayon décrivent un œdème du nerf optique ; la papille est recouverte par un disque jaunâtre, avec, au-dessus, des vaisseaux rétiniens la recouvrant.

Schweinitz a insisté sur l'extension au nerf optique et hors de la gaine ; sur la nécrose des vasa-nervosum.

Dupuy-Dutemps a examiné avec beaucoup de soin, et il eut le mérite de voir que le nerf optique était atrophié et que l'atrophie est surtout accusée au niveau de son faisceau croisé, correspondant aux parties internes de la rétine. Mais ni le tissu interstitiel ni les gaines ne sont envahis par le processus tuberculeux.

DIAGNOSTIC

Au début, cette affection oculaire ne peut être soupçonnée, vu l'absence de tous symptômes subjectifs et objectifs.

Dans les stades plus avancés, la lésion ne provoque que des signes oculaires vagues, communs à d'autres affections oculaires ; ce n'est que par l'examen du fond de l'œil que les caractères particuliers de la pseudo-tumeur tuberculeuse de la choroïde peuvent fournir les éléments du diagnostic. En effet, le tubercule solitaire se révèle à l'ophtalmoscope sous l'aspect d'un tubercule de dimensions variables, dont la hauteur ne dépasse pas 2 à 3 millimètres, de coloration pâle, blanc jaunâtre, dont les bords se perdent par gradation peu sensible dans le tissu choroïdien inaltéré. Souvent par suite des complications secondaires, telles que les opacités cristalliniennes et cornéennes, on se trouve dans l'impossibilité de déceler les caractères de la lésion.

Le globe oculaire présente en dehors du foyer morbide des phénomènes inflammatoires, de la diminution de la tension intra-oculaire ; l'hypotonie est un signe de grande valeur. Mais la présence de ces signes est assez inconstante pour constituer un carac-

tère pathognomonique des pseudo-tumeurs tuberculeuses de la choroïde. La ponction de la pseudo-tumeur et l'inoculation au cobaye, avec résultats positifs, est un signe capital pour le diagnostic de la lésion.

Les renseignements tirés de l'état général, de l'âge des malades doivent être mis au premier rang parmi les éléments d'un diagnostic différentiel. Cette affection se développe spontanément chez des sujets déjà tuberculeux ; les plus nombreux sont même gravement atteints. Le tubercule solitaire de la choroïde a été observé le plus souvent chez des individus jeunes, entre deux et vingt ans.

Si le sujet est manifestement tuberculeux ou lorsque la pseudo-tumeur présente des caractères nettement appréciables, le diagnostic s'impose.

Souvent cette lésion évolue avec l'ensemble des caractères propres aux vraies tumeurs intra-oculaires : décollement rétinien, accidents glaucomateux. En effet, la plupart des cas ont donné lieu à une erreur de diagnostic.

Ginsberg porta le diagnostic de gliome chez un enfant de trois ans.

Künz a fait l'énucléation chez un sujet de trois ans pour gliome.

Liebrecht crut à un sarcome chez un petit malade d'un an et demi.

Natanson fait le diagnostic de gliome de la rétine. C'était un petit malade de deux ans.

C'est l'anatomie pathologique, parfois la bactério-

logie, qui met alors sur la voie du diagnostic, c'est-à-dire la démonstration du bacille de Koch dans les coupes microscopiques et la structure du tubercule : cellules épithélioïdes, cellules géantes et cellules rondes embryonnaires. On voit donc qu'il est facile de confondre le tubercule solitaire de la choroïde avec les vraies tumeurs intra-oculaires. Quels seront les éléments, permettant de faire le diagnostic différentiel ?

Les masses tuberculeuses déterminent des réactions inflammatoires à distance : iritis, irido-cyclite, etc.

Au contraire, l'œil contenant une tumeur maligne ne présente aucune autre lésion que la tumeur elle-même. Les phénomènes inflammatoires sont tellement exceptionnels que nous devons les considérer comme une infection secondaire surajoutée à la néoplasie (Rachon-Duvigneaud).

Un point tout à fait important à préciser pour le diagnostic différentiel et sur lequel Zur Nedden a spécialement attiré l'attention, c'est l'envahissement et la perforation précoce de la sclérotique sans être forcément précédée de phénomènes glaucomateux. Tandis qu'au cours de l'évolution des tumeurs intra-oculaires la période de perforation survient dans un laps de temps assez long, toujours précédée de la période glaucomateuse ; la tumeur maligne envahit tout le globe oculaire pour faire saillie à l'extérieur.

Le fait a été maintes fois confirmé par les observations. Dans le cas de Dupuy-Dutemps l'ectasie

sclérale était très marquée trois mois après le début de l'affection.

Natanson note, dans son deuxième cas, la perforation de la coque sclérale en deux mois de temps.

Notre petit malade se présente trois semaines après le début de l'affection et on note une ectasie sclérale considérable avec perforation.

Après la période de perforation, la pseudo-tumeur tuberculeuse évolue lentement et, dans certains cas, le processus tuberculeux semble s'atténuer ; le contraire s'observe dans les vraies tumeurs qui se développent rapidement extérieurement et envahissent les parties avoisinantes pour les recouvrir complétement.

PRONOSTIC

Le pronostic de cette lésion est généralement grave, pour l'organe de la vision. Lorsque le tubercule évolue librement, il amène fatalement, au bout d'un certain temps, la désorganisation de l'œil et la perte absolue de ses fonctions ; l'œil est irrémédiablement perdu pour la vision.

La guérison spontanée de cette forme de tuberculose de la choroïde a été observée (Jessop, *loc. cit.*, Fejer) mais rarement ; exceptionnellement la réintégration de la vision a été complète.

La perte de la vision est plus rapide chez l'enfant, dont l'organisme, en voie de croissance, semble moins résistant contre le virus tuberculeux. La lésion évolue, semble-t-il, avec plus de lenteur et serait relativement plus bénigne, chez les adolescents et surtout dans l'âge adulte.

Il est indispensable de distinguer si l'organe de la vision a été primitivement atteint, ou si, au contraire, la présence du tubercule solitaire est consécutive à des lésions tuberculeuses d'autres organes ; primitif le tubercule semblerait avoir des allures plus rapides ; au contraire, développé chez des tuberculeux, l'évolution en serait plus lente et moins grave.

La généralisation se dessine peu, tant que la lésion tuberculeuse reste enfermée dans la coque oculaire, tant qu'il n'y a pas eu issue du fongus tuberculeux (Valude).

La période de généralisation survient d'habitude après la perforation de la coque sclérale, mais on constate des cas dans lesquels les symptômes de généralisation surviennent avant la période de perforation.

TRAITEMENT

Quand on se trouve en présence d'un œil porteur d'un tubercule, quelle conduite doit-on tenir ?

Lagrange conclut que l'énucléation s'impose toutes les fois que l'œil atteint de tuberculose est devenu aveugle. L'énucléation a été pratiquée maintes fois dans cette affection de l'œil.

En agissant de la sorte on enlève un organe inutile et dangereux, susceptible d'infecter plus tard toute l'économie par dissémination du processus tuberculeux. L'intervention doit être très précoce, lorsque la lésion s'accompagne de perte de la vision avec symptômes inflammatoires, même peu douloureux. Mais dans les cas ou la fonction visuelle n'est pas complètement abolie, quand les milieux de l'œil ne sont pas enflammés, qu'il existe dans l'œil quelques points qui ne soient pas atteints, l'abstention est la règle. Pourquoi cette abstention ? L'énucléation des yeux atteints de cette affection ne doit être envisagée comme une opération dangereuse. Rogman de Gand (1) insiste particulièrement sur ce fait et cite plusieurs observations, dans lesquelles cette intervention a

1. Rogman de Gand, *Annales d'oculistique*, 1903, n° 130.

été suivie de mort, par dissémination généralisée rapide du processus infectieux. « Il y a lieu de croire, dit-il, que, pendant l'énucléation, des colonies tuberculeuses ont été rencontrées et ouvertes donnant lieu à la dissémination des éléments infectieux à la surface de la plaie et à la résorption de ceux-ci par les voies circulatoires ouvertes. »

Il est évident que si l'organisme tout entier a subi l'influence de la diathèse, que si les tubercules siègent, non seulement dans les membranes profondes de l'œil, mais encore dans les poumons et dans d'autres tissus de l'économie, le seul traitement applicable est le traitement général de la tuberculose qui comporte des règles d'hygiène générale, le repos, l'aération, l'alimentation et la médication par les préparations arsenicales, le fer, surtout l'huile de foie de morue.

Localement diverses méthodes de traitement ont été préconisées. Zur Nedden mentionne avec faveur; la paracenthèse de la chambre antérieure qui amènerait une hypérémie généralisée du globe oculaire ; l'emploi des mydriatiques dont l'action serait identique : ils chasseraient le sang de l'iris et du corps ciliaire vers la partie postérieure de la choroïde et ainsi cette membrane vasculaire se trouverait hypérémiée.

Le même auteur passe en revue certains procédés, qui ont été utilisés, mais dont l'action serait peu recommandable. Les injections subconjonctivales de Nacl à 4 o/o, et même d'air. Cette méthode a été employée par analogie avec le traitement chirurgical

de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie ; il rejette les cautérisations du bulbe, l'iredectomie et les applications d'antiseptiques tel que l'iodoforme.

Il reste à envisager la grosse question de la tuberculinothérapie qui a eu un grand retentissement à ses débuts, et a été employée avec persévérance en Allemagne.

C'est Hippel qui appliqua ardemment ce mode de traitement aux affections tuberculeuses de l'œil.

Si nous nous reportons aux travaux de cet auteur, les résultats obtenus seraient très heureux et les guérisons fréquentes.

Hippel employa la tuberculine T. R. après l'ancienne tuberculine. Il conseille de commencer par des doses faibles, augmentées progressivement, mais lentement, et toujours avec soin surveiller la courbe de la température, les modifications de l'état général du malade, et l'état local.

En terminant, il est sage de s'en raporter à l'opinion qu'a exprimée dernièrement M. L. Rénon, sur la tuberculinothérapie, après des expériences qui se sont prolongées pendant de nombreuses années :

« Scientifiquement, elle est très imprécise dans son mode d'action. Elle n'a jamais pu immuniser réellement l'organisme contre le bacille tuberculeux. Malgré la diversité de leurs origines et de leur préparation, les tuberculines ont un effet allergyque sur le foyer tuberculeux qu'elles remanient dans un sens évolutif ou régressif. Les tuberculines agissent autant comme poisons locaux que comme poisons

généraux ; mais elles n'ont, le plus souvent, qu'un effet partiel et non total sur tous les poisons du bacille de Koch. Elles sont difficiles à manier, en raison des réactions générales et locales qu'elles peuvent produire. Aussi, depuis quelques années, assistons-nous à une réduction des indications de la tuberculinothérapie. Comme je ne cesse de le dire depuis 1909, c'est là une médication restreinte. (1)

---

1. Extrait de *la Tribune médicale* juillet, 1912, 7, page 290.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

Le 13 mai 1912, André X..., âgé de quatre ans, est présenté par la mère pour une affection oculaire qui remonte à trois semaines.

On note l'hérédité tuberculeuse dans la famille. La mère porte une lésion tuberculeuse du sommet gauche ; le père est atteint d'une bronchite chronique.

Jusqu'à l'âge de trois ans, l'enfant s'est relativement bien porté. A cette époque, il présenta une pleurésie, et fut atteint d'une broncho-pneumonie et, depuis il ne s'est jamais complètement rétabli.

L'affection oculaire a débuté, il y a trois semaines, l'œil gauche dans sa partie supéro-externe devint rouge, sans aucun phénomène douloureux. Toujours évoluant sans douleurs, l'affection fit de rapides progrès.

Avant d'examiner la lésion locale, disons que cet enfant présente une lésion tuberculeuse du sommet droit, une adénite cervicale du même côté ; une collection purulente froide du creux poplité droit. L'enfant tousse constamment, il est très chétif, la peau et les muqueuses sont décolorées.

Examen de l'œil gauche malade. Dans l'angle supéro-externe en haut, au niveau du tendon du droit externe, on

constate une masse jaune de pus ; de la grosseur d'une noisette ; ayant perforé la sclérolique. Cette collection indolore semble très superficielle, elle soulève la conjonctive.

Éclasie sclérale très marquée. Vision égale o.

Ponction et inoculation ; le cobaye meurt tuberculeux au bout de trois semaines.

L'examen ophtalmoscopique n'a pu être fait à cause du trouble des milieux transparents de l'œil.

21 mai. — Nouvel examen : Iritis, chambre antérieure rétractée ; iris au contact de la cornée. Opacité cristallinienne.

23 mai. — Enucléation de l'œil et de la tumeur, on laisse une bille de verre dans l'orbite et on suture la conjonctive au-dessus.

16 juin. — La bille s'élimine.

Examen macroscopique et microscopique de la pièce :

Aspect macroscopique : L'œil est très augmenté de volume dans tous ses diamètres, en particulier suivant le diamètre antéro-postérieur qui mesure 25 millimètres (au lieu de 18 environ pour un enfant de cet âge), mais aussi suivant le diamètre transversal ; très élargi à la partie antérieure au niveau de la tumeur et mesurant en ce point 22 millimètres. Si bien que le globe affecte dans son ensemble une forme piriforme à grosse extrémité antérieure. La presque totalité du contenu de l'œil est occupée par la masse néoplasique et ce dernier est profondément modifié dans sa structure, pas assez cependant pour empêcher de retrouver les éléments constituant. La cornée est de toutes les membranes celle qui semble avoir le moins souffert et sa structure est sensiblement normale, conformément à ce que permettait de supposer l'aspect clinique.

Les différentes couches ne présentent aucune modification, ni vascularisation, ni infiltration, seul l'endothélium de Descemet montre une certaine prolifération, comme cela est la règle dans la moindre irido-cyclite, surtout dans la moitié inférieure de la membrane où il se montre irrégulièrement disposé en plusieurs couches ; la chambre antérieure est modifiée dans ses dimensions ; sa profondeur est diminuée. Son contenu est en partie occupé en avant par de l'œdème coagulé en arrière par un réticulum fibrineux qui occupe toute la face antérieure de l'iris et obstrue la pupille. Ce réticulum se retrouve aussi en arrière et enserre le cristallin lui-même peu modifié dans une gangue inflammatoire. La membrane irienne a un aspect presque normal et montre seulement des vaisseaux congestionnés et une infiltration légère. Même remarque pour les procès ciliaires. Au contraire, en arrière cet aspect se modifie profondément et la choroïde, à peu de distance du corps ciliaire, disparaît à peu près en totalité et est remplacée par un tissu inflammatoire qui se continue sans transition avec la masse néoplasique. Celle-ci, située à la partie externe, occupe la presque totalité du globe oculaire. En se développant au dehors elle a dissocié et rompu la coque sclérale, formant là une saillie ulcérée qui nous donne l'explication de cette sorte d'abcès froid que l'on constatait à la partie supéro-externe au voisinage du limbe.

En dedans elle atteint presque la paroi interne du globe, dont elle n'est séparée que par le vitré refoulé, rétracté et envahi lui aussi par des nodules néoplasiques.

Cette tumeur présente un aspect sensiblement uniforme. On y retrouve partout la structure du tuberculome. Elle est

avant tout formée de petites cellules embryonnaires, à gros noyaux avec, par place, des amas sanguins renfermés dans de simples espaces et non dans des vaisseaux, et, çà et là, des cellules géantes. Enfin on trouve irrégulièrement disséminés dans la tumeur des amas de pigments formés de cellules pigmentanées analogues à celles que l'on retrouve dans la choroïde et n'ayant d'ailleurs pas d'autre origine. Dans les très rares endroits où on peut trouver des traces de la choroïde, celle-ci se traduit seulement par la persistance de la couche pigmentaire et de cellules pigmentées, en nombre très considérable. D'ailleurs, même du côté externe à l'opposé du néoplasme, la choroïde est aussi transformée en une couche épaisse de tissu embryonnaire avec néoformation de vaisseaux, et, là encore, elle ne trahit sa présence que par l'existence de nombreuses cellules pigmentanées. En aucun point il n'est possible de retrouver des traces des différentes couches de la rétine. (Se rapporter à la planche.)

OBSERVATION II

Mackenzie.— (*Transactions the Royal Academy*, 1883.)

Enfant âgé de quatre ans. Amaigrissement, céphalée, abcès du genou qui ne guérit pas. La mère remarque que la vision est incertaine. L'enfant marmonne pendant le sommeil.

La vision est égale à o, lors de son entrée à l'hôpital.

Examen ophtalmoscopique. O. G. Œdème de la papille. dans la région de la macula placard plus large que la papille, blanc jaunâtre, lustré, première zone à bords pigmentés, avec une autre excentrique moins pigmentée.

Du côté externe de la papille autres taches mieux délimitées légèrement pigmentées à la périphérie, croisées par une artère et une veine ; la tache est du diamètre de la papille.

O. D. Tache blanche dans le cadran supéro-externe à contours circulaires.

Il n'y a aucune amélioration de l'état général, mais céphalée persistante, vomissements, diarrhée ; l'enfant perd ses urines, présente des mouvements incoordonnés des lèvres et succombe promptement. L'examen microscopique de l'œil confirme les lésions O. G. On voit des taches blanchâtres à bordures noires ; le trou du nerf optique est infiltré, la rétine œdématiée, les vaisseaux entourés de cellules rondes et l'épi-choroïde épaissie. Par place, il y a des tubercules, des cellules géantes. Ces tubercules sont cantonnés surtout à la couche supérieure, repoussant la rétine et entourés par du pigment. On ne trouve pas de bacilles.

OSERVATION III

(Aurand. — *Revue générale d'ophtalmologie* 1906.)

L'auteur rapporte l'observation d'un cas de tubercule conglomeré de la choroïde et présente la pièce. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans qui, deux mois après une infection pulmonaire aiguë, présente une adénite cervicale suppurée et des phénomènes d'irido-choroïdite chronique.

Peu à peu, la vision se perd, l'œil s'enflamme, devient douloureux et augmente de volume, si bien, que, au bout de quatre mois, il y eut perforation spontanée vers la région équatoriale, entre le droit supérieur et le droit externe avec

formation d'un abcès froid sous-conjonctival en bouton de chemise et issu d'un pus verdâtre et mal lié.

En raison de ces caractères cliniques, l'auteur pensa à une irido-choroïdite suppurée tuberculeuse secondaire et pratiqua l'énucléation.

L'œil énucléé révèle, à la coupe, la présence d'une volumineuse tumeur arrondie, de couleur jaune pâle et du volume d'une grosse noisette, occupant la moitié supéro-externe du globe oculaire. Cette tumeur adhérente à la sclérotique avait décollé la choroïde et la rétine, perforé la sclérotique. L'examen histologique que l'auteur a pratiqué lui a montré qu'il s'agissait d'un gros tubercule, formé aux dépens de la choroïde. Il a pu, en effet, constater la présence de follicules tuberculeux et de cellules géantes dans la choroïde et le tissu épiscléral.

OBSERVATION IV

(Natanson. — *Vestnik oftalmologiu*, 1911.)

Enfant de deux ans, chétif, avec engorgement ganglionnaire à gauche. Examen de O. G. cornée, chambre antérieure, iris et cristallin sont normaux ; pupille dilatée, sans réaction à la lumière. Par l'éclairage oblique, du fond de l'œil, on perçoit un reflet blanc jaunâtre ; il y a de l'hypertension, O. D. normal. On fait le diagnostic de gliome de la rétine. Enucléation, pendant l'intervention opératoire, on remarque que le nerf optique est considérablement épaissi, ce qui confirme une fois de plus le diagnostic. A l'examen de l'œil énucléé, on voit la papille recouverte d'une tumeur allant

presque jusqu'à l'équateur. La partie centrale de la tumeur est plus pâle que la périphérie ; il y a du décollement de la rétine par un exsudat et seulement la partie correspondante à la tumeur adhère à cette dernière. On note l'épaississement non seulement du nerf optique, mais aussi de ses gaines ; le nerf semble plus pâle que les gaines. Au microscope, cornée normale, quelques leucocytes à la partie postérieure, chambre antérieure de grandeur normale. Dans la couche extérieure de la choroïde du côté temporal, on note un tubercule bien limité, dont la structure par ses caractères est franchement tuberculeuse. Le reste de la choroïde ne présente aucune modification. Au-dessous de la tumeur, la choroïde a complètement perdu sa structure, ne présente aucune traces d'éléments normaux. Un épaississement considérable s'étend à une distance de 4 millimètres de la papille du côté nasal et à une distance de 6 millimètres du côté temporal. L'épaississement est formé par du tissu de granulations portant tous les caractères tuberculeux ; cellules épithélioïdes, cellules géantes dont un grand nombre est en voie de dégénérescence caséeuse. La nécrose de la papille s'étend à travers la lamina cribrosa, sur le nerf optique. On note une infiltration bacillaire quasi complète et une nécrose très étendue du nerf optique, une infiltration tuberculeuse des gaines.

OBSERVATION V

(Ginsberg. — *Berl. ophtalmologie Gessellschaft*, 28 octobre 1909. — *Deutsch. med. Woch.*)

Enfant de deux ans et demi. Otite bacillaire. Paralysie faciale d'un seul côté. Mort de méningite.

2 février 1909. — *Examen ophtalmoscopique.* — Un foyer au-dessus de la papille, blanc, pigmenté ; deux autres plus petits au-dessous de la papille, gris blanchâtres, mal délimités. Extension des foyers du voisinage, paralysie des abducteurs. Après trois mois d'observation le sujet meurt.

L'autopsie montre de la bacillose disséminée, des tubercules de la base du crâne. Le foyer supérieur de la choroïde avait fait irruption dans la sclérotique. Le centre de la tumeur était encapsulé par du tissu conjonctif, dans le tissu caséeux : cellules épithélioïdes et cellules géantes. Les deux autres foyers n'avaient pas pénétré dans la sclérotique, mais ils étaient aussi entourés de tissu conjonctif et pigmentés, ce qu'on n'avait pu voir sur le vivant à cause des exsudats.

OBSERVATION VI

(Rumszewicz. — *Postemp okulistyczny*, 1905, n° 35.)

Turberculome de la choroïde

L'auteur donne la description histologique d'un œil énucléé chez une fillette de dix ans, à cause d'un tuberculome de la choroïde. La tumeur a eu son point de départ aux environs du pôle postérieur et se propage dans toutes les directions en englobant la papille du nerf optique et les couches adjacentes de la sclérotique. La partie proéminente vers le corps vitré mesurait dans son plus fort diamètre 8 millimètres. L'examen microscopique fit constater du tissu conjonctif avec de nombreuses cellules lymphoïdes, épithélioïdes et géantes.

OBSERVATION VII

(Brailey M. D. — *Tubercle of the eye*, 1889.)

Enfant de deux ans. Ottite suppurée. A la naissance œil droit plus petit, mais dans les derniers trois mois a augmenté rapidement de volume. Pupille irrégulière ; synéchies. Le fond de l'œil présente deux replis de la rétine d'aspect grisâtre partant des vaisseaux ; la tension est accrue ; la sclérotique tendue et amincie. Le nerf optique n'est pas épaissi.

La section équatoriale montre que cette couche grisâtre est représentée par la rétine, soulevée par un liquide abondant jaune clair.

OBSERVATION VIII

(Y. Eléonskaya.— *Vestnik oftalmologii*, 1911, XXVIII, p. 142.)

Enfant de douze ans. Adénite bacillaire. D'après l'évolution clinique de l'affection, on pense à une tumeur intra-oculaire, mais en présence de cet engorgement ganglionnaire on porte le diagnostic de tuberculose de la choroïde, diagnostic qui a été vérifié par l'examen microscopique de l'œil énucléé. L'œil énucléé est très augmenté de volume dans tous ses diamètres : le diamètre antéro-postérieur mesure 43 millimètres, le diamètre transversal mesure 33 millimètres. Le globe oculaire en grande partie est occupé par des masses caséeuses et des exudations. Les membranes profondes de l'œil, dans leur structure, sont profondément modifiées et montrent nettement la nature tuberculeuse de la lésion. Pas de bacilles.

CONCLUSIONS

I. — Le tubercule solitaire de la choroïde est une maladie rare qui atteint de préférence les sujets jeunes.

II. — Le point de départ de cette affection oculaire semble être la propagation d'une lésion tuberculeuse éloignée.

III. — Les symptômes auxquels elle donne naissance ; sont peu caractéristiques et souvent inconstants ; même, dans certains cas, ces tubercules évoluent avec les mêmes caractères que les vraies tumeurs intra-oculaires ; d'où la difficulté du diagnostic différentiel et les erreurs souvent commises.

Le diagnostic de tubercule solitaire de la choroïde s'impose, si l'on trouve réunies les conditions suivantes :

1° Tuberculose manifeste du sujet ;

2° Caractères ophtalmoscopiques propres au tubercule ;

3° Phénomènes inflammatoires oculaires ;

4° Envahissement précoce de la coque sclérale.

IV. — Le pronostic du tubercule solitaire est mauvais ; outre que l'œil est perdu dans la grande

majorité des cas, la vie est souvent menacée par la généralisation du processus tuberculeux.

V. — Le traitement est chirurgical et médical. Lorsque les fonctions de l'organe de la vision sont complètement abolies, l'énucléation s'impose. Dans les cas où la vision n'est pas complètement perdue l'abstention est la règle, on a recours à un traitement général et local.

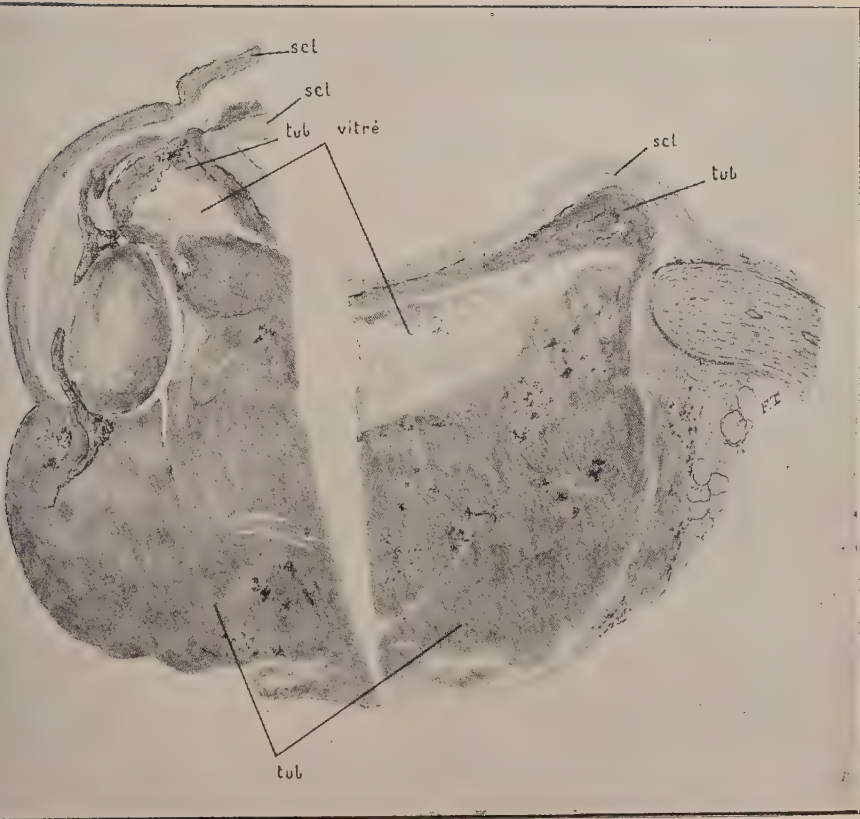
Vu : le Président de thèse,
DE LAPERSONNE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Vice-Recteur
L'Inspecteur d'Académie
ISTRIA

Turerculome de la choroide (coupe méridienne)

Le globe a été sectionné suivant l'équateur, afin de faciliter la fixation. La masse tuberculeuse (tub) occupe la presque totalité du globe oculaire et a détruit en dehors la coque sclérale (le côté externe étant situé ici en bas). Le corps vitré (v) a été refoulé en dedans, et on voit en dedans la sclérotique (sc) doublée partout d'un tissu tuberculeux (tub), de structure analogue à celle de la néoplasie et qui remplace la choroïde absente.


scl
scl
tub
vitré
scl
tub
F.I
tub

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ADAM. — Beitrag zur Bedentung, vorkommen und Diagnose der Choroïdea. (Tuberkel. med. Klin., 1905, p, 1445.)

ALEXANDER. — Tuberculose of the uveal tractus with presentation of a case. (Calif. state. med. journ., 1911, IX, p. 483).

AURAND. — Tuberculose de la choroïde (Revue générale d'oph., 1906.)

AXENFELD. — Uber solitöre Tuberculose der Aderhaut (Med. klinik, 1905, 16.)

BENSON et EARL. — Conglobate tuberculous tumour of the choroid. (Roy. Ac. O. Ireland, 1902.)

BOTTERI. — Beitrag zur Anatomie und Pathogénie der Tuberculose miliaren des chor. (Klin, Monatsbl. XLVII. I. p. 490.)

BRAYLE. — Tuberkle of the choroide. Transactions of the Royal. (Soc. opht. Un. Kingdom, 1884.)

BULL. — Tubercle of the eyebalt. Transactions. Am. opht. (Soc. 35e annual meeting, 1898, p. 284.)

BUTTLER. — A clinical study of obsolescent tuberculous chorioiditis of the macular région in childen. Ophtalmoscope, 1910, p. 409.

CARGYLL et MAYOU. — The only physical sign. of tubercle of the choroid Transactions. (Roy. Soc. O. U. K., XXVI, p. 107.)

CARPENTER. — Tuberculose of the choroid. (Britisch.med Journal, 1891, p. 67.)

— A further study to the tubercle of the choroid (Royal Soc. aph. Un. K., 1909, p. 180.)

— Communication to the Roy. Soc. D. Un. K., 1909, 6 may.

CLARK et WRIGT. — Tubercle solitary or cong. treated by tuberculine (Transactions Roy. Soc. Un. K., XXVIII, p. 192.)

DAVIDSOHN. — Case of tubercle of the choroid seen during life :

microscopic preparations of the growth demonstrating bacilli (Medic. Press. London, XLII, p. 6).

Daulnoy. — Trois Foyers de ch. tub. péri-maculaires guéris par des inj. de cyan. de Hg (Clin. opht., 1900, 12).

Devereux-Marschal. — Tubercle of the choroid (Trans. R. S. O. Un. K., XV, p. 181).

Dorell. — Choroidal degeneration (Oph. Review., 1909, p. 373).

Dupuy-Dutemps. — Forme glaucomateuse de la tub. ch. (Arch. d'Opht., 1904).

Fejer. — Cas guéri d'un tub. sol. de la ch. (Centralbl. f. augenh., 1908, 8).

Frankel. — Demonstration von chorioideal Tuberkeln. (Biol. Abt. aertzl. Ver. in Hambourg. Münich. me Wo., 1909, p. 2663).

Ginsberg. — Zur Kenntniss der Chro. herxformigen Adertuberkulose (V. Græf's Arch., 1910, p. 538).

— Étude de la tub. ch. diss. de la chor. (Arch. f. Oph., LXXIII, p. 538-552).

Hartley. — Tubercle of the choroid. (Trans. Roy. So. O. U. K. 1887, 10 mars.)

Jessop. — Les aspects ophtalmoscop. de la choroïdite tub. chronique. (Journal de Bruxelles, 1911.)

— Tubercle of the choroid. (Lancet, 1883.)

- Ein lall von Sarcome Ch. (V. Graef's Arch. LXIV, p. 281.)

Komoto. — Cas remarquable de la tub. de la rétine avec participation de la ch. (Klin Monat. J. Augenhk, 1911. XLIX, 2, p. 204.)

Sawford. — Tubercle of the choroid. (Oph. Review. 1885, p. 248.)

Lagrange. — Tumeurs de l'œil, t. I.

Lagrange et Valude. — Tuberculose de la ch. Encyclopédie française d'opht., t. IV, p. 174, 175, 476, 505, t. VI. 275, 281, 555.

Lourye. — Tuberculose de la choroïde. (Vestnik oftalmologü. t. XXVIII, 1911, p. 848.)

Mackenzie. — Tumeurs non malignes du globe de l'œil, t. II, édition française. Testelin et Warlomont.

Natanson. — Tuberculose de la choroïde. (Vestnik oftalmologü t. XXVIII, 1911, p. 211).

— Deux cas de tuberculose dela partie postérieure de l'œil. (Vestnik oftalmologü, t. XXVIII, p. 404.)

Ormond. — Tubercular mass in choroid. Transactions. (Roy. So. oph. U. K. XXIX, p. 9.)

Panas. — Traité des maladies des yeux, t. II.

Pooley. — A case of conglomerate tubercle of the choroid medic. Record, 1909.

Posey. — Intraocular tuberculos with report of two cases ophtalmology, avril 1905.

Rumszewicz. — Tuberculome de la choroide. Postemp oculistyczny, mars 1905.

Rochon-Duvigneaud. — Sur le glaucome et les néoplasies intraoculaires.

Rénon. — L'avenir de la Phtiziothérapie. (Tribune médic., juillet 1912.)

Rogman. — Dangers de l'énucléation dans la tuberculose oculaire. (Annales d'oculist., p. 130, 1903.)

Santos-Fernandez. — Dificultades del diag. clinico de los tumores intranculares. (Chr. qui. Habana,t. XX,p. 368.)

Scaffidi. — Tuberculo solit. der. oxchio. (Il Policlinio, t. X, p. 270.)

Schultz Zehden. — Die chronische herdförmige chorio-retinis. (Zeitschr. f. augenhk, t. XIV, p. 213.)

Stock. — Ein Jall von solitar Tuberkel d. ch. Munch med. Woch., 1902, p. 1067.

Schumway et Sweinitz. — Conglomerate tubercle of the choroïde. Oph. Record, 1905, p. 514.

Snell. — Case of tubercle of the choroid. (Trans. Roy. Soc. oph. U. K. t. XXVII, p. 156.)

Stephenson. — Transactions Roy. Ac. oph. U. K., 1907 (planches).

Sephenson (Sydney). — A case of tubercle of the choroid. and (?) retina. Roy. O. U. K.

Tatham-Thompson. — Tubercle of the choroid. Roy. S. U. K. t. XVIII.

Valude. — Tuberculose de la choroïde. (Soc. d'ophtal. de Paris, 1907.)

Yeleonskaya. — Tuberculose de la choroïde. (Vestnik oftalmologii, 1911, t. XXVIII, p. 142.)

Zur Nedden. — Klin. monatsbl., 1er sem., 1909, p. 297.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 9
Pathogénie 13
Aspect du malade 15
Symptômes subjectifs 19
Symptômes objectifs 19
§ 1. — Aspect extérieur de l'œil 19
§ 2. — Tension oculaire 20
§ 3. — Examen ophtalmoscopique 21
Examen macroscopique et microscopique de l'œil 25
§ 1. — Choroïde 25
§ 2. — Sclérotique 28
§ 3. — Rétine et nerf optique 29
Diagnostic 31
Pronostic 35
Traitement 37
Observations 41
Conclusions 51
Planche 53
Index bibliographique 55